|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件二： 鲁山县2018年招聘医学类专业技术人员报名表 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | 民族 | |  | 政治 面貌 | |  | 照 片 |
| 出生年月 | |  | | | 身份证号码 | | | |  | | | |
| 毕业院校 | |  | | | 专业 | |  | | 学历 | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 资格证或执业证 | |  | | | | | | | 申报岗位 | |  | | |
| 学习及工作简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称谓 | | 姓名 | | | 年龄 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担  报名人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 报名资格审查情况 | 工作人员（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |